

Fragebogen an die Eltern

- A. Personalien**
 - B. Vorstellungsgrund**
 - C. Bisherige Entwicklung**
 - D. Familiensituation**
-

**Sozialpädiatrisches
Zentrum Frankfurt Mitte**

Theobald-Christ-Straße 16
60316 Frankfurt

T 069 943 40 95 0
F 069 943 40 95 99
E spz@vae-ev.de
www.spz-frankfurt.de

A. Personalien

Name des Kindes, Vorname _____

Geschlecht des Kindes weiblich männlich Geburtsdatum _____

Name der Mutter _____ Geburtsdatum _____

Name des Vaters _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ Handy _____

E-Mail (für organisatorische Zwecke) _____

Krankenkasse _____ Hauptversicherter _____

Anschrift _____

Kinderarzt _____ Telefon _____

Anschrift _____

Vom Kinderarzt ausfüllen lassen! Bitte geben Sie den Eltern alle Vorbefunde und ggf. MRT-Bilder mit!

Diagnose _____

Fragestellung _____

Hinweise _____

Praxisstempel

B. Vorstellungsgrund

Was macht Ihnen Sorgen? Warum kommen Sie zu uns? _____

Seit wann gibt es dieses Problem? _____

Wurde Ihr Kind deswegen schon woanders untersucht und/oder behandelt? Wo? _____

Was erhoffen Sie sich von uns? _____

Wer hat Ihnen empfohlen, zu uns zu kommen? _____

Welche Fördermaßnahmen oder Therapien erhält Ihr Kind und von wem (Name und Adresse)? (Bitte Befunde in Kopie beifügen)

Physiotherapie (Krankengymnastik) _____

Ergotherapie _____

Logopädie _____

Osteopathie/Manualtherapie _____

Homöopathie _____

Psychotherapie _____

Frühförderung _____

Sonstiges _____

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? _____

Wann? _____ Wo? _____ Weshalb? _____

Wann? _____ Wo? _____ Weshalb? _____

Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind bisher? _____

Hatte Ihr Kind epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe? ja nein

Nimmt oder nahm Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

Wurde ihr Kind schon einmal operiert? ja nein

Wann? _____ Wo? _____ Weshalb? _____

C. Bisherige Entwicklung

Erfolgte eine Behandlung wegen Unfruchtbarkeit? ICSI IVF andere _____

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft? Blutungen Fieber OP

Unfall Fruchtwasseruntersuchung, Ergebnis _____

Erkrankungen oder anderes _____

Nikotin Alkohol Medikamente

Wo erfolgte die Geburt? zu Hause Geburtshaus Klinik

Wann wurde Ihr Kind geboren? zu früh: wie viele Tage/Wochen _____ zu spät: wie viele Tage _____

Wie wurde es geboren? normal Kaiserschnitt Saugglocke Zange

Gab es bei der Geburt Besonderheiten? _____

Bei Geburt Gewicht _____ Länge _____ Kopfumfang _____

APGAR-Werte (gelbes Heft) _____ Nabelschnur-pH (gelbes Heft) _____

Musste Ihr Kind nach der Geburt in die Kinderklinik verlegt werden? ja nein

Wenn ja, in welcher Klinik lag es? _____ Wie lange? _____

Hören und Sehen

Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes von einem Augenarzt überprüft? ja nein

Wann? _____ Befund auffällig? ja nein

Name und Adresse des Augenarztes _____

Wurde die Hörfähigkeit von einem HNO-Arzt überprüft? ja nein

Wann? _____ Befund auffällig? ja nein

Name und Adresse des HNO-Arzttes _____

Schlaf

- Hält Ihr Kind einen Mittagsschlaf? nein ja, von _____ bis _____ Uhr
- Wann legen Sie ihr Kind abends ins Bett? _____ Uhr Wann steht es morgens auf? _____ Uhr
- Wann schläft Ihr Kind ein? _____ Uhr Wie oft wacht Ihr Kind nachts auf? _____
- Wo schläft Ihr Kind? im eigenen Bett im eigenen Zimmer mit den Eltern mit Geschwistern

Sauberkeit

- tagsüber sauber mit _____ Jahren nachts sauber mit _____ Jahren
- Nässt Ihr Kind wieder ein, nachdem es trocken war? ja nein
- Kotet Ihr Kind wieder ein, nachdem es trocken war? ja nein
- Neigt Ihr Kind zur Verstopfung? ja nein

Bewegungsentwicklung

- Greifen nach Gegenständen mit _____ Monaten Freies Sitzen mit _____ Monaten
- Krabbeln mit _____ Monaten Freies Laufen mit _____ Monaten
- Fahrradfahren mit _____ Jahren
- Bei welchen Tätigkeiten erschien Ihnen Ihr Kind ungeschickt? _____

Sprachentwicklung

- Erste Worte mit _____ Monaten Zweiwortsätze mit _____ Monaten
- Mehrwortsätze mit _____ Monaten
- Wortschatz kleiner als 20 Worte 20–50 Worte 50–200 Worte über 200 Worte
- Muttersprache _____
- Kann ein Fremder Ihr Kind verstehen? ja nein, weil _____

Essen und Trinken

- Kann Ihr Kind alleine essen? ja nein
- Isst Ihr Kind feste Kost? ja nein
- Kann Ihr Kind alleine aus dem Becher trinken? ja nein

Kenntnisse und Verhalten

Welche Stärken hat Ihr Kind? _____

Was fällt Ihnen bei Ihrem Kind auf?

Angst/Unsicherheit Seit wann? _____ Wo besonders? _____

Unruhe/Ungeduld Seit wann? _____ Wo besonders? _____

Aggressivität, Wut Seit wann? _____ Wo besonders? _____

Nichteinhalten von Regeln Seit wann? _____ Wo besonders? _____

unwillkürliche Bewegungen Seit wann? _____ Wo besonders? _____

Wie bringt sich Ihr Kind in neuen Situationen ein? problemlos zögerlich gar nicht

Gibt es sonst etwas, dass Sie beunruhigt? _____

Kindergarten Hort Krippe

Name und Adresse der Einrichtung _____

Telefon _____

Besuchszeiten von _____ bis _____ Uhr Wie viele Tage pro Woche? _____

Besuchszeiten von _____ bis _____ Uhr Wie viele Tage pro Woche? _____

Gibt es dort Auffälligkeiten? ja, nein

Von wem wird Ihr Kind sonst noch betreut? _____

Schule

Klassenstufe _____ Schulart _____

In welchem Fach ist Ihr Kind gut? _____

In welchem Fach hat Ihr Kind Probleme? _____

Sind Sie mit den Schulleistungen zufrieden? ja nein

Macht Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig? ja nein, mit wem? _____

Wie lange dauern die Hausaufgaben? _____

Gibt es oft Streit mit Mitschülern? ja nein

Freunde/Spielen

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne? _____

Wie lange spielt es diese Spiele am Stück? _____

Spielt Ihr Kind gerne mit anderen alleine beides

Gibt es sonstige Probleme, die nicht angesprochen wurden? _____

D. Familiensituation

Familienstand der Eltern verheiratet zusammenlebend geschieden
 getrennt lebend allein erziehend wieder verheiratet

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater Institution

Das Kind lebt mit Eltern Mutter Vater Pflegeeltern Heim
 Großeltern Stiefmutter Stiefvater neuem Partner/Partnerin

Das Kind ist leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind

Geschwister

Vorname	Geburtsdatum	Auffälligkeiten
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Ist eines der Kinder krank? _____ Sind Kinder verstorben? _____

In welchem Alter? _____ An welcher Krankheit? _____

Hatte die Mutter Fehl/-Totgeburten? ja nein

Gibt es Krankheiten in der Großfamilie? nein ja, welche? _____

Besteht Blutsverwandtschaft (z.B. Cousin/Cousine)? ja nein

Betreuung durch Jugendamt ja nein

Pflegeld

ja

nein

Behindertenausweis vorhanden

ja

nein

Leibliche Mutter

Schulabschluss

Erlerner Beruf

Jetzige Tätigkeit

Staatsangehörigkeit

Geburtsland

Seit wann leben Sie in Deutschland?

Leiblicher Vater

Schulabschluss

Erlerner Beruf

Jetzige Tätigkeit

Staatsangehörigkeit

Geburtsland

Seit wann leben Sie in Deutschland?

Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?

Deutsch

andere Sprachen. Welche?

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von _____

Datum _____

Unterschrift Mutter / Sorgeberechtigte* _____

Unterschrift Vater / Sorgeberechtigter* _____

*Falls nur ein Elternteil sorgeberechtigt ist, bitte den Sorgerechtsbeschluss oder den Negativbescheid des Jugendamtes in Kopie mitsenden. Bitte bei Pflegeeltern die Bestallungsurkunde in Kopie beifügen.

SPZ: Einverständniserklärung zur Sorgeberechtigung

Liebe Eltern, aus rechtlichen Gründen sind wir gehalten, die Sorgeberechtigung für Ihr Kind festzuhalten und mit diesem Dokument Ihr schriftliches Einverständnis zur Vorstellung im SPZ Frankfurt Mitte einzuholen.

Angaben zum Kind

Name: _____ **Vorname:** _____
Geburtsdatum: _____ **Geschlecht:** _____
Straße: _____ **Wohnort:** _____

Sorgerecht: Eltern Mutter Vater Sonstige / Vormund

Sorgeberechtigte	Mutter	Vater	Sonstige
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefonnummer			
E-Mail			
Arztbrief an			

Ich bestätige/wir bestätigen hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass mein/unser Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) des Vereins Arbeits- und Erziehungshilfe zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Mit meiner Unterschrift/ unseren Unterschriften erkläre ich/erklären wir, für oben genanntes Kind personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

Im Übrigen, insbesondere hinsichtlich Ihrer Rechte; beachten Sie bitte unsere allgemeinen Informationen für Patienten zum Datenschutz. Diese liegen in den Aufnahmebereichen für Sie aus und sind auf unserer Webseite (<https://www.spz-frankfurt.de/meta/datenschutz>) einsehbar.

Name des / der Personensorgeberechtigten in Blockbuchstaben

Datum und Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

Hinweis: Ohne das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular ist eine Untersuchung Ihres Kindes aus rechtlichen Gründen im SPZ nicht möglich.